

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	CARVAJAL	ALAN DANIEL	01	12	2023	1 años, 1 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354298091	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LA PLAYITA y	097-871-5178 / (99)-995-6472
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354298091	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	01	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☒

Falta de profesional ☐

ANEMIA Y TRASTORNO DE CONDUCTO LAGRIMAL (AUSENCIA DE LÁGRIMAS)

3. Resumen del cuadro clínico

MAMÀ REFIERE QUE PACIENTE NO HA ELIMINADO LÁGRIMAS EN TODA SU VIDA, EN TTO POR ANEMIA, CON HB DE 10.9 Y HTC 32. EL 9 DE ENERO, ACTUALMENTE MEDICADO CON 4 ML DE HIERRO, CON ROTURA TÍMPANICA DE OIDO DERECHO TALLA Y PESO ADECUADO PARA LA EDAD EMO Y COPRO NEGATIVO , EL DÍA DE HOY TAMBIÉN TRAE METABOLISMO DE HIERRO EL CUAL INFORMA TRANSFERRINA 251.24 INDICE DE SAT TRANSFERRINA 10.87% HIERRO SERICO 27.30 FERRITINA 20.23 LLEVA EN TTO CON HIERRO VARIOS MESES SIN MEJORA, ADEMÁS SE SOLICITO A BAAHIA POR DOS OCASIONES CITA CON OFTALMOLOGÍA LA CUAL NO SE HA PODIDO CONSEGUIR. . WS 0999956472 / LLAMADA 0978715178

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	H041		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	09:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	09:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	